

## Projet d'accueil individualisé (PAI)

*Article D. 351-9 du Code de l'éducation - Circulaire*

**Le PAI** permet aux enfants et adolescents qui présentent des troubles de la santé (physiques ou psychiques) évoluant sur une période longue, de manière continue ou discontinue, d'être accueillis en collectivité scolaire, périscolaire et autres accueils collectifs de mineurs. Il est élaboré avec les responsables légaux, à leur demande, par les équipes de santé de la structure concernée et le directeur d'école, le chef d'établissement ou le directeur de l'établissement, de la structure ou du service d'accueil d'enfants de moins de 6 ans, garants de la mise en œuvre de la lisibilité et de la communication des procédures.

### PARTIE 1 – RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Élève	
Nom / Prénom :	
Date de naissance :	
Adresse :	Etablissement scolaire :

### Responsables légaux ou élève majeur

Lien de parenté :	Nom et prénom :	Adresse :	e-mail :	Téléphone :	Signature :

*Je demande que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant, y compris ceux chargés de la restauration et du temps périscolaire et à ces personnels de pratiquer les gestes et d'administrer les traitements qui y sont prévus.*

	PAI 1 <sup>ère</sup> demande	Modifications de posologie éventuelles				
Date / Classe						
Posologie						

Vérification annuelle par l'école ou l'établissement des éléments du PAI fournis par la famille : fiche « Conduite à tenir » actualisée, ordonnance récente, médicaments et matériel si besoin						
Date						
Signature						

**Les responsables légaux s'engagent à fournir le matériel et les médicaments prévus et à informer** le directeur d'école, le chef d'établissement ou le directeur de la structure, le médecin et l'infirmier de l'éducation nationale en cas de changement de prescription médicale. Le PAI est rédigé dans le cadre du partage d'informations nécessaires à sa mise en place. Seuls l'élève majeur ou les responsables légaux peuvent révéler des informations couvertes par le secret médical.

**Établissement scolaire et hors de l'établissement scolaire**

Référents :	Nom :	Adresse administrative :	Signature et date :	Exemplaire reçu le :
<input checked="" type="radio"/> Chef d'établissement <input type="radio"/> Directeur d'école <input type="radio"/> Directeur d'établissement				
<input checked="" type="radio"/> Enseignant de la classe <input type="radio"/> Professeur principal <input type="radio"/> Encadrant de la structure				
<input checked="" type="radio"/> Médecin EN <input type="radio"/> Médecin de PMI <input type="radio"/> Médecin de collectivité				
<input checked="" type="radio"/> Infirmier EN <input type="radio"/> Infirmier de PMI <input type="radio"/> Infirmier de collectivité				

**Partenaires :**

Référents	Nom :	Adresse administrative :	Signature et date :	Exemplaire reçu le :
Médecins traitants, services hospitaliers				
Représentant du service de restauration				
Responsable des autres temps périscolaires				
Autres :				

Nom de l'élève :

**PARTIE 2 – AMÉNAGEMENTS ET ADAPTATIONS**  
**PARTIE MEDECIN DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE PMI OU DE STRUCTURE ou à préciser :**

**I. Conséquences de la maladie ou affection, essentielles et utiles pour la compréhension**

**II. Aménagements du temps de présence dans l'établissement**

- Temps partiel (temps de présence évolutif et de prise en charge, horaires décalés) *Joindre l'emploi du temps adapté*
- Temps de repos
- Inaptitude partielle ou totale d'activité ou aménagement de l'activité (EPS, activités manuelles ...) *Joindre le certificat d'inaptitude d'EPS*

**III. Aménagement de l'environnement (selon le contexte)**

- Autorisation de sortie de classe (toilettes, boissons, infirmerie, vie scolaire) :
- Place dans la classe :
- Mobilier et matériel spécifique
  - double jeu de livres  livres numériques  siège ergonomique  casier  robot  informatique
- Toilettes et hygiène :
  - accès  toilettes spécifiques  aménagements matériels ou changes  douche  aide humaine
- Récréation et intercours :
  - précautions vis-à-vis du froid  soleil  jeux, bousculades
- Accessibilité aux locaux :
- Environnement visuel, sonore, autre :

**IV. Aménagements à l'extérieur de l'établissement : le PAI doit suivre l'enfant sur ses différents lieux de vie collectifs lors des**

- Déplacements scolaires (stade, restauration scolaire, etc.) et stages
- Déplacements pour examens
- Sorties sans nuitée
- Sortie avec nuitée (classes transplantées, voyages scolaires, séjours, etc.)

Préciser si nécessaire de fournir un traitement quotidien matin-soir et/ou mesures particulières et joindre une ordonnance

**V. Restauration**

<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Régime spécifique garanti par le distributeur de la restauration collective</li> <li><input type="checkbox"/> Éviction des allergènes dans le régime habituel pratiquée :                     <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> par le service responsable de la restauration</li> <li><input type="checkbox"/> par l'élève lui-même (affichage INCO)</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Éviction demandée par la famille après lecture préalable du menu et éventuel plat de substitution</li> <li><input type="checkbox"/> Panier repas fourni par la famille (selon la réglementation en vigueur)</li> <li><input type="checkbox"/> Goûter et/ou collations fournis par la famille :</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Boissons :</li> <li><input type="checkbox"/> Suppléments alimentaires :</li> <li><input type="checkbox"/> Priorité de passage ou horaire particulier :</li> <li><input type="checkbox"/> Nécessité d'aide humaine ou d'aménagement :</li> </ul>
---	---

Nom de l'élève :



## VI. Soins

Traitement quotidien sur le temps de présence dans l'établissement (cf. ordonnance jointe)

Traitement médicamenteux :

Nom (commercial/générique) :

Posologie :

Mode de prise :

Horaire de prise :

Surveillances particulières : Préciser qui fait la surveillance, horaires, recueil des données... :

Intervention de professionnels de santé sur le temps de présence dans l'établissement, préciser :

*Protocole joint*

Éléments confidentiels sous pli cacheté à transmettre aux équipes de secours ou au médecin

Fiche « Conduite à tenir en cas d'urgence » jointe (cf page 5)

Autres soins :

**Existence d'une trousse d'urgence**

- Contenu :  PAI (obligatoire)  Ordonnance  Traitements  Pli confidentiel à l'attention des secours

- Lieu de stockage de la trousse d'urgence de l'enfant dans l'établissement à préciser :

- Élève autorisé à avoir le traitement d'urgence sur lui avec la fiche « Conduite à tenir en cas d'urgence »  oui  non

- Autre trousse d'urgence dans l'établissement  oui  non

Précision si nécessaire :

## VII. Adaptations pédagogiques, des évaluations et des épreuves aux examens

Besoins particuliers	Précisions Mesures à prendre (préciser les disciplines si besoin)
<input type="checkbox"/> Aide durant la classe (attention particulière, support d'apprentissage, tutorat, écriture, etc.)	
<input type="checkbox"/> Transmission des cours et des devoirs (reproduction des cours, clés USB, espace numérique de l'établissement, classe inversée, etc.)	
<input type="checkbox"/> Transmission et/ou aménagements des évaluations et contrôles	
<input type="checkbox"/> Proposition d'aménagements des épreuves, examens, à la demande des responsables légaux	
<input type="checkbox"/> Temps périscolaire (spécificités liées au type d'activités)	
<input type="checkbox"/> APADHE <input type="checkbox"/> CNED en scolarité partagée <input type="checkbox"/> Autres dispositions de soutien ou de continuité scolaire	

Nom de l'élève :

### 3 - CONDUITE A TENIR EN CAS D'URGENCE - PARTIE MEDECIN TRAITANT ou à préciser :

Fiche standard et fiches élaborées avec les sociétés savantes pour les pathologies les plus fréquentes sont disponibles sur Eduscol

#### Fiche spécifique N° 03a

Nom/ Prénom :	Date de Naissance :
Numéros d'urgence spécifiques éventuels autres que le 15 ou le 112 :	
Fiche établie pour la période suivante :	

Dès les premiers signes, faire chercher la trousse d'urgence de l'enfant ainsi qu'un téléphone portable.

Evaluer la situation (2 cas possibles : hypoglycémie et hyperglycémie) et pratiquer :

HYPOGLYCEMIE	
Hypoglycémie modérée	
Signes	Conduite à tenir
<p>L'hypoglycémie est une diminution du taux de sucre dans le sang. La glycémie est &lt; 70 mg/dL avec ou sans signes.</p> <p><b>Les signes:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Pâleur <input type="checkbox"/> Sueurs <input type="checkbox"/> Tremblements</p> <p><input type="checkbox"/> Difficultés pour parler</p> <p><input type="checkbox"/> Agitation <input type="checkbox"/> Somnolence</p> <p><input type="checkbox"/> Agressivité inhabituelle</p> <p><input type="checkbox"/> Autres :</p>	<p><i>Faire une hypoglycémie modérée n'est pas grave.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Faire asseoir l'enfant sur place, arrêter l'activité physique.</li> <li>Faire une glycémie au doigt si possible, ou mesure du glucose interstitiel avec le capteur :                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si &lt; 70 mg/dL (ou « LO ») avec ou sans signes : donner _____ sucre(s)</li> <li>- Si entre 70 et 80 mg/dL et ↓, avec ou sans signes : donner _____ sucre(s)</li> </ul> </li> <li>En l'absence de contrôle au doigt ou par capteur, donner d'emblée _____ sucre(s)</li> <li>Faire patienter l'enfant assis, quelques minutes après la prise du sucre.</li> <li>Si les signes persistent après 10 min, redonner la même dose de sucre ; possibilité de refaire une glycémie au doigt, ne pas faire de mesure avec le capteur pendant 15-20 min.</li> <li>Après le traitement de l'hypoglycémie, une fois les signes disparus et selon le moment :                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avant un repas : faire l'injection d'insuline habituelle à la dose prévue et prendre le repas</li> <li>- Avant une collation : donner la collation</li> <li>- Avant une activité physique : donner un biscuit</li> <li>- A distance d'un repas : <input type="checkbox"/> Ne rien donner <input type="checkbox"/> Donner</li> </ul> </li> <li>Informers les parents en fin de journée (cahier de liaison).</li> </ol>
Hypoglycémie sévère	
Signes	Conduite à tenir
<p><input type="checkbox"/> Perte de connaissance avec ou sans convulsions</p> <p><input type="checkbox"/> Somnolence extrême</p> <p><input type="checkbox"/> Hypoglycémie et impossibilité de prendre du sucre par la bouche</p>	<p><i>Il faut agir sans délai mais il n'y a pas de risque vital</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Ne rien donner par la bouche.</li> <li>Mettre l'enfant sur le côté en position latérale de sécurité (PLS).</li> <li>Appeler les secours (15 ou 112 ou 18) : Signaler que l'élève a un diabète et que du glucagon injectable ou en spray nasal a été fourni par les parents et se trouve à disposition dans l'établissement. Si demandé et conformément aux instructions du médecin du SAMU, aller récupérer :                     <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Le glucagon injectable (Glucagen®), injecté par un personnel habilité.</li> </ul>                     Lieu de stockage :                     <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Le glucagon par spray nasal (Baqsimi®), qui peut être administré dans le nez par toute personne présente à ses côtés. Lieu de stockage :</li> </ul> </li> <li>Si possible, faire une glycémie avant le glucagon mais sans que cela ne retarde sa dispensation.</li> <li>En fonction de la présentation du glucagon :                     <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Injecter le Glucagen® en sous-cutané ou intramusculaire : _____ ampoule (1/2 ampoule : 0.5 mg si moins de 25kg, 1 ampoule : 1 mg si plus de 25 kg).</li> <li><input type="checkbox"/> Administrer la dose de Baqsimi® dans le nez de l'élève</li> </ul> </li> <li>Refaire une glycémie 10 min après l'injection pour voir si le taux remonte bien mais ne pas faire de mesure avec le capteur pendant 15-20 min.</li> <li>Au réveil de l'enfant (entre 5 et 15 min après l'injection de glucagon), le resucrer avec du sucre, humidifié avec de l'eau froide, en petites quantités avec une cuillère à café (car vomissements possibles), à renouveler plusieurs fois puis donner (biscuits, pain...)</li> <li>Avertir les parents dès que possible.</li> </ol>



HYPERGLYCEMIE	
Hyperglycémie modérée (entre 180 et 250 mg/dL)	
Signes	Conduite à tenir
<b>Pas de signes</b> <b>Ou :</b> <input type="checkbox"/> Besoin d'uriner, soif <input type="checkbox"/> Parfois : maux de tête, fatigue, agitation	<b>Il n'y a pas d'urgence. Il n'y a pas de critère de gravité.</b>  1. Laisser boire l'enfant sur place 2. Lui permettre d'avoir accès aux toilettes facilement. 3. Informer les parents en fin de journée (cahier de liaison).
Hyperglycémie $\geq$ 250 mg/dL	
Signes	Conduite à tenir
<input type="checkbox"/> Besoin d'uriner, soif <input type="checkbox"/> Parfois : maux de tête, fatigue, agitation  <b>Signes de gravité :</b> <b>Signes précédents et :</b> <input type="checkbox"/> Nausées <input type="checkbox"/> Douleurs abdominales <input type="checkbox"/> Vomissements	1. Si glycémie $\geq$ 250 mg/dl à midi ou avant le sport : <b>rechercher la présence de corps cétoniques</b> (cétonémie avec lecteur et bandelettes spécifiques ou cétonurie avec bandelette urinaire).  <b>→ En l'absence de corps cétoniques (<math>\leq</math> à 0.5 mmol/l), il n'y a pas d'urgence.</b> <b>Possibilité</b> de faire un bolus d'insuline rapide si l'enfant est autonome : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Injection réalisée par l'enfant/l'adolescent s'il est en capacité de le faire et en présence d'un adulte. Dose : UI insuline pour diminuer la glycémie de 50 mg/dL. Informer les parents en fin de journée (carnet de liaison si enfant jeune)  <b>→ Si la cétonémie est <math>&gt;</math> 0.5 mmol/l ou si la bandelette urinaire se colore en violet :</b> - Prévenir les parents (à défaut, l'équipe soignante de l'hôpital ou l'infirmier(e) libéral(e) si mentionnés dans le PAI) ou le 15 ou le 112 - <b>Faire</b> une injection d'insuline rapide : injection réalisée par l'enfant/l'adolescent s'il est en capacité de la faire et en présence d'un adulte. - Zone d'injection : _____ unités. - Dose : (1/10ème du poids) _____ unités.  <b>→ Attention, si cétonémie <math>\geq</math> 3 mmol/l : c'est une urgence</b> - Si parents ou équipe soignante non joignables immédiatement, tél au 15 ou 112 pour transférer l'enfant à l'hôpital. - <b>Faire avant le transfert une injection d'insuline rapide au stylo :</b> Injection réalisée par l'enfant/l'adolescent s'il est en capacité de la faire et en présence d'un adulte. - Zone d'injection : _____ unités. - Dose : (1/10ème du poids) soit _____ unités.

Les éléments médicaux complémentaires utiles sont transmis au médecin de l'EN par la fiche de liaison disponible en ligne. Un courrier médical à l'attention des services de secours peut également être joint sous pli cacheté. Courrier et/ou fiche de liaison joints : **OUI NON**

Cachet du médecin :

Date :

Signature du médecin :